

平成30年度第1回 東京都介護職員等によるたんの吸引等研修事業（不特定多数の者対象）  
指導看護師調書【指導看護師研修受講希望者用】

氏名【漢字】・ふりがな・生年月日等は必ず、本人に確認のうえ、間違えのないよう記入してください

保有資格は必ず、該当箇所○を付けてください。  
「准看護師」は認められません。  
臨床等での実務経験が3年以上必要となります。

臨床等における実務経験年数は、実務に従事してからの通算年数を記載してください。  
(准看護師としての経験年数は含めません。)

No. 1	
ふりがな 氏名	とうきょう はなこ 東京 花子
生年月日・年齢	(昭和)平成) 47年 月 日生
保有資格(該当箇所○)	1. 医師 2. 正看護師 3. 助産師
臨床等における実務経験年数	15年 ○
現在の勤務先	(法人名) 社会福祉法人 東京福祉会 (事業所名) 特別養護老人ホーム 東京
	〒163-0718 東京都新宿区西新宿2丁目7番0号
	TEL: 03-3344-86×× FAX: 03-3344-85××

No.	2
ふりがな	

**①指導看護師が不在のため、「指導看護師研修」の受講を希望する場合**  
「様式3-1」のみ作成してください。  
※「指導看護師研修」のみの研修申込を行うことはできません。  
実地研修を都が指定する施設で行うことを希望する場合は、作成する必要はありません。  
受講希望者は2名以内となります。  
介護職員の方が受講決定された場合、指導看護師研修の「**受講対象者**」となります。  
研修は、30年9月20日(木)、21日(金)の2日間を予定しています。

**②すでに指導看護師は在籍しているが、新たに「指導看護師研修」の受講を希望する場合**  
実地研修の指導・評価を担当する予定の「指導看護師研修修了者」を「様式3-2」に記載するとともに、新たに「指導看護師研修」の受講を希望する看護師を「様式3-1」記載して提出してください。  
※「様式3-1」及び「様式3-2」の両方の提出が必要となります。

TEL :	FAX :
-------	-------

※記入漏れ・誤りのないようお願いします。氏名【漢字】・「ふりがな」・生年月日等は、必ず本人に確認のうえ、記載してください。  
「臨床等における実務経験年数」は、実務に従事してからの通算年数（准看護師としての経験年数は含めない）を記載してください。  
申込は2名以内となります。  
「指導看護師研修」のみの研修申込はできません。